

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Programa Académico de Medicina Humana

"Los Sindromes Psiquiátricos Básicos y sus Variedades"

POR

MANUEL ZAMBRANO

Profesor Principal del Departamento de Psiquiatría

LIMA - PERU

1978



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Programa Académico de Medicina Humana

"Los Sindromes Psiquiátricos Básicos y sus Variedades"

POR

MANUEL ZAMBRANO

Profesor Principal del Departamento de Psiquiatría

LIMA - PERU

1978

SINDROME NEUROTICO BASICO

I. CARACTERISTICAS GENERALES

1.-Consulta siempre a propia iniciativa, excepción de reagudización o crisis.
2.-Los motivos de consulta son muy variados y pueden traducirse por quejas físicas, síntomas psíquicos, problemas de conducta y algunos aparentemente no relacionados con la medicina.
3.-Estos motivos y/o síntomas tienen de común su hondo significado afectivo y por lo tanto hacen sufrir al sujeto y, secundariamente, a los demás.
4.-Estas manifestaciones no sólo se presentan ante determinadas circunstancias sino que se producen bajo pautas que se repiten constantemente.
5.-Estas manifestaciones, asimismo, no implican un daño o enfermedad en el estricto sentido médico. Es decir, no se comprueba una lesión orgánica o estructural que las explique.
6.-La sintomatología (motivos, problemas, síntomas de consulta) se sucede en un modo de vida aparentemente normal y por lo tanto hay una buena relación con el mundo de los demás. Es decir no hay ruptura con el sistema de la realidad.

II. APROXIMACION PROPEDEUTICA

1.-Observación: actitud similar a la de cualquier enfermo somático.
2.-Filiación: no datos sugerentes
3.-Antecedentes patológicos
   -Forma de haber vivido las verdaderas enfermedades
   -frecuencia de consultas médicas (quejas físicas de origen psíquico).
   -úlcera péptica
   -colitis ulcerosa
   -asma, alergia, etc.
4.-Antecedentes familiares
   -Medio familiar de la infancia (actitudes parentales).

-relaciones inter e intra familiares

5.-<u>Relato de la enfermedad y el curso de la vida (biografía)</u>.

-baja tolerancia a la frustración, privación y/o stress psíquico.

-sintomatología básica de angustia, depresión y agresividad.

-exageración y persistencia de las estrategias de evitamiento e inhibición.

-invariabilidad en la utilización de técnicas atenuantes de la angustia (paradoja neurótica).

-vigilancia excesiva en la búsqueda de indicios amenazantes.

-mengua o incapacidad para decidirse (lógica de los sentimientos).

-comportamiento dirigido a objetivos no realistas (niveles de aspiración).

-respuestas emocionales desproporcionadas y con tendencia a su generalización.

-fácil retorno a conductas infantiles.

6.-<u>Preferible no un examen psíquico intencionado</u>.

III. APROXIMACION PSICOPATOLOGICA

Utilización anormal de respuestas psíquicas normales. Esta utilización es anormal por su inadecuación al estímulo y/o por su desmesurada intensidad. (el neurótico aplica mecanismos normales donde no corresponden y en cantidad inadecuada).

ESTRATEGIAS DE EVITACION APRENDIDA

A) <u>Respuestas observables o manifiestas</u>

1. Evitamiento físico
2. Desplazamiento
3. Empleo de técnicas de afecto positivo para reducir el negativo.
4. Rasgos de comportamiento
   -pasividad
   -feminidad

-grados extremos de cortesía, orden, pedantería, etc.

B) Respuestas encubiertas

1. No pensar en ello-pensar en otra cosa (represión)
2. Denegación
3. Intelectualización
4.-Racionalización (uvas verdes-hacer dulce de limón)

La neurosis como aprendizaje temprano de evitamiento de la angustia. El niño neurótico limita su aprendizaje a aquello que puede disminuir su angustia.

IV. SUBSTRATO NEUROFISIOLOGICO

A) S.N.C.
1. Sistema de vigilancia (reticular ascendente)
2. Sistema de activación afectiva (límbico-hipotálamico)
3. Sistema neuroendocrino

B) E.E.G.
1. Disminución amplitud ritmo alfa con aumento de la frecuencia.
2. Exceso de ritmo beta
3. Aparición de ondas tetha sobre todo con estímulos afectivos.
4. Ondas en arco de Gastaut

V. SINTOMATOLOGIA BASICA (Semiología)

1.-Trastornos afectivos

a) Angustia:
-espera
-paroxística
-equivalentes

b) Depresión:
-Manifiesta
-equivalentes

c) Agresividad:
(inhibida por angustia)

-ironía

-sarcasmo

-terquedad

-enfurruñamiento

-indiferencia

-astenia

-ociosidad

-indecisión

2.-<u>Fatiga:</u>

-desproporcionada

-fracaso al reposo

-contexto de ansiedad

3.-<u>Perturbaciones de la vida sexual:</u>

-abstinencia sistemática

-masturbación

-impotencia

-frigidez

4.-<u>Trastornos funcionales:</u> (antecedentes neuropáticos)

-enuresis

-pavor nocturno

-onicofagia

-tartamudez

-tics, etc.

5.-<u>Trastornos del sueño</u>

-cuantitativos

-cualitativos

VI. SINDROMES DE ACUERDO A LA PREDOMINANCIA DE LA UTILIZACION DE DETERMINADA RESPUESTA.

1.-Angustia

2.-Depresión

3.-Fobia

4.-Obsesión

5.-Hipocondría

6.-Historía (conversiva-disociativa)

7.-Despersonalización

8.-Neurastenia

VII. DIAGNOSTICO

Los síntomas neuróticos se reconocen por lo siguiente:

a) Manifiestan un malestar interior y a menudo una gran angustia muchas veces mas o menos disimulada.

b) Dan la impresión de inautencidad (complicación y práctica activamente buscada).

c) En relación a situaciones y/o emociones presentes o pasadas.

d) Se manifiestan en sujetos inhibidos y en estados de inmadurez o retraso afectivo selectivo.

VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

a) con psicosis
b) con psicopatías
c) con orgánicos cerebrales

IX. VARIEDADES SINDROMICAS NEUROTICAS

1.- y 2.- SINDROME DE ANGUSTIA Y DEPRESIVO (Descritos en Respuestas Psicopatológicas Generales).

3.-SINDROME FOBICO

El sindrome fóbico está caracterizado por la "sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos que se convierten en el objeto de un terror paralizador" (H.Ey).

La fobia en cuanto a síntomas significa un miedo específico intenso o no que puede encontrarse en los límites de la explicación normal como en diversos estados neuróticos (histeria, hipocondría, obsesividad), en algunas psicosis funcionales como la esquizofrenia, en la melancolía y en algunas entidades francamente orgánico-cerebrales. Adquiere características especiales en la llamada neurosis fóbica y en la cual las fobias son los síntomas prevalentes.

En un enfoque clínico y síndrómico se considera:

1.-El contenido o tema fóbico

Aunque ha sido fácil dar un nombre especial a cada temor irracial (acrofobia, agarofobia, claustrofobia) hoy parece ocioso bautizar a cada uno de ellos en tanto que el análisis psicológico indica que el rasgo pertinente es la unión del miedo a cierto estímulo. Sin embargo puede ocurrir que ciertas clases de fobia tengan propiedades

funcionales que autoricen su consideración aparte. Los estudios actuales sugieren que las fobias tienden a reducirse a dos categorías relativamente distintas:

a) las que tienen implicancias sociales y normalmente menos ligadas a situaciones muy específicos. Ejemplos: temor a abandonar la casa, andar por la calle, en medio de multitudes y hablar en público entre otras
b) Las que determinan situaciones muy específicas y no sociales. Ejemplo: diversos animales (arañas, cucarachas, perros, etc.), accidentes, hospitales, sangre, altura, fuego, cuchillos, etc.).

2.-<u>Las conductas fóbicas</u>

Son formas de comportamiento a manera de estratagemas para no sufrir la angustia. Son de dos tipos:

a) Conductas evitativas. (obviar el encuentro con el objeto tabú).

b) Conductas tranquilizantes (búsqueda de protección y/o aseguración, conductas superticiosas y contrafóbicas).

3.-<u>Rasgos comportamentales</u>

a) Estado de alerta
b) Estado de inhibición parcial (pasividad)
c) Estado de super-ocupaciones (actividad-desafío)

4.-<u>SINDROME OBSESIVO</u>

Este sindrome se caracteriza fundamentalmente por lo siguiente:

1.-<u>El fenómeno obsesivo</u> cuyos elementos semiológicos son pensamientos, representaciones o grupos de pensamientos que ejercen un dominio sin motivo sobre la mente y que en reaparición constante e inoportuna tienen tendencias a la repetición infinita y a la incoercibilidad, a pesar del esfuerzo voluntario para desecharlas. La obsesión es vivida con conciencia de falsedad o por lo menos de inutilidad, siempre con la convicción de que no es sugerida del exterior, y, en cambio, de que proviene

de lo más profundo e íntimo del psiquismo. La lid que se entabla entre las representaciones o pensamientos y el normal fluir del pensamiento conlleva un tono afectivo angustioso tanto por el contenido mismo de la obsesión cuanto por el entorpecimiento del curso del pensamiento. Por último la obsesión es sufrida como subjetivamente y a plena lucidez de conciencia.

El contenido (tipo de obsesiones) es muy variada y estará de acuerdo a la jerarquía de los valores del sujeto y a su actividad preeminente del momento. Lo más valioso entra en conflicto obsesivo (antinomia): para unos lo de mayor valor será la salud; para otros lo moral, lo religioso, lo - sexual, la existencia, los números, la filosofía, lo absoluto, el orden, la limpieza, la verificación, etc. Estos temas se convierten en preocupaciones exclusivas. En todo caso los contenidos obsesivos son casi siempre de tipo negativo: tristes, crueles, angustiantes, deprimentes, atormentadores, odiosos, espantosos, penosos; nunca alegres ni felices.

2.- La actividad obsesiva se circunscribe la mayor parte de las veces al campo de la lucha ambigua de las tendencias, cuyos sistemas antagonistas se agotan y se anulan en circuito cerrado . El paso al acto temido es excepcional y si se realiza alivia al sujeto. Otras veces y con mayor frecuencia se se realiza sólo a título de esbozo simbólico: golpes, insultos, gestos amenazantes, tec. Ciertas cleptomanías y exhibicionismos pueden corresponder a una actividad compulsiva.

3.- Los rituales obsesivos son actos sustitutorios o tranquilizantes de los fenómenos obsesivos que en parte mitigan la emergencia de angustia. Estos actos suelen estar gobernados a su vez por otro ritual. Entre los más frecuentes está el lavado de manos después de determinados contactos de personas u objetos o de cumplir una función excretoria. En oportunidades basta la ocurrencia en la mente de algún pensamiento obsesivo. Sigue en cuanto a frecuencia, también el ritual del arreglo, la verificación de ciertos actos o las defensas contra peligros fóbicos imaginarios. Siempre que hay rituales, existe , también la "locura de la duda". Es decir, la duda de que el ritual no se ha cumplido exactamente según las prescripciones. La locura de la duda puede existir por sí sola, y, entonces toma la forma de comprobaciones indefinidas.

El sindrome obsesivo se presenta acompañando al sindrome básico neurótico en la llamada neurosis obsesivo-compulsiva de comprobación cada vez mas rara en clínica. La esquizofrenia puede iniciarse con síntomas obsesivos que pueden estabilizarse o desaparecer. (MAYER-GROSS inisiste en que la despersonalización está siempre presente en la esquizofrenia y la obsesión es una manera de combatirla). En las fases melancólicas de la enfermedad maniacodepresiva se describen los procesos obsesivos, aparte del frecuente monoideismo. VON GEBASTTEL considera que la inhibición propia del melancólico arrastra al sujeto a la obsesión como una expresión de la lucha contra el enfermar.

En la clínica se comprueba que procesos obsesivos bien tipificados desembocan luego en una franca manía.

5.-SINDROME HIPOCONDRIACO

La hipocondría es un estado que se caracteriza por preocupaciones exageradas sobre el estado de salud en relación a sensaciones subjetivas que se interpretan de una manera más o menos razonables en sus causas y efectos.

Semiológicamente se comprueba una alteración del pensamiento denominada idea sobrevalorada que significa pensamientos o grupos de pensamientos que alcanzan una cierta predominancia sobre los demás debido a su tonalidad afectiva y a la disminución del sentido crítico en relación a ellos que se da en el sujeto que los presenta, conservando esta predominancia de modo duradero. Las ideas sobrevaloradas ejercen una influencia unilateral sobre los demás pensamientos, la conducta, las percepciones y los recuerdos, determinando un aumento de la receptibilidad para todas las impresiones de contenido similar, mientras que lo que les es contrario es rechazado o es objeto de menor a atención.

En segundo lugar está la exagerada autoobservación con la dificultad de desprender la atención acerca de las sensaciones provenientes de un determinado órgano o sistema de la economía vital.

Sindrómicamente se pueden considerar las siguientes características:

1.-Los síntomas físicos

Son en realidad quejas físicas en relación con la sensibilidad interna, visceral y cenestésica, pero que son descritas como indefinibles, extrañas, no semejantes a los conocido o anteriormente experimentado que obliga al sujeto a intentar hacerse comprender, recurriendo a imágenes, a metáforas y comparaciones de una variedad y riqueza infinitas.

2.-La actitud intelectual.

El hipocondríaco hace de sus síntomas el centro de sus preocupaciones intelectuales tomando una actitud investigadora, curiosa, interpretativa y deliberativa.

3.-La conducta hipocondríaca

Lo más característico es la consulta médica, pero que puede ser otra: lecturas y tratamientos especializados de mutuo propio, consultas a curanderos, regímenes especiales, etc. Estas consultas pueden aliviar transitoriamente al paciente y , generalmente, son conductas que se repiten.

La presentación del sindrome puede estar en el normal, pero en forma transitoria motivada por la autoobservación. Es más frecuente en los atletas y los estudiantes de medicina con estas características. Gran parte de la hipocondría leve generalizada es de origen iatrogénico. (Los médicos, al satisfacer con remedios las quejas de los enfermos al diferir el diagnóstico, ayudan a que estas quejas se perpetuen).

En la vejez aumenta la hipocondría tal vez por el repliegue de sí mismos. A veces, pocas, el sindrome hipocondríaco ocupa el único y primer plano clínico. Otras veces en la personalidad obsesiva llegan a la "enfermedad imaginaria". La "conciencia desagradable de las funciones corporales" son las preocupaciones hipocondríacas del angustiado. En la enfermedad maniacodepresiva y en depresiones en general puede encontrarse este sindrome como un equivalente depresivo. Acompaña con mucha frecuencia a la melancolía involucional. En las psicosis seniles y arterioescleroticas el sindrome no es infrecuente. En la esquizofrenia puede expresarse como todo un sistema delusional a contenido hipocondríaco.

6. SINDROME HISTERICO

El término histerismo (histeria) en un empleo correcto lo confina ahora a una forma específica de neurosis (sindrome básico) caracterizado por la pérdida del funcionamiento ya sea en la esfera física o en la mental.

La pérdida física, llamada conversión, puede ser de una función motora como las "parálisis" o la incapacidad para hablar, o de una sensación como las "anestesias" o "cegueras".

La pérdida mental, llamada disociación, puede ser en la conciencia como los "desmayos", trances, fugas;en la memoria como las amnesias o en la integración total como los éxtasis, "fragmentación" de la personalidad.

Los acompañantes familiares son la indiferencia emocional (la belle indifférence) y la ganancia secundaria (beneficio indidrecto de los síntomas).

Un "nudo en la garganta" (globus hystericus) es común, probablemente debido a la concomitancia emocional psicosomática, conforme sugiere SOLOMON.

Los síntomas del sindrome histérico básico comprometen de una u otra forma, difusa o selectivamente, cualquier órgano o sistema de la economía humana. La sintomatología se la considera por excelencia proteiforme.

De acuerdo a ELLEMBERGER los síntomas se pueden considerar de dos tipos:

a) "neurológicos" o "psiquiátricos" (psicopatológicos sería preferible) que pueden estar mezclados y que comprenden los llamados "síntomas conversivos" como son las anestesias, las parálisis, las contracturas, las astasia-abasia, la afonía y tantos otros.

b) al segundo tipo corresponden los trastornos de conciencia, los éxtasis, las alucinaciones (especialmente visuales), el sindrome de Ganser, la letargia, el puerilismo y toda la gama de síntomas llamados de disociación.

Según CODOFF y LYONS (1958) parece existir un acuerdo sobre la existencia de un tipo de personalidad caracterizado por los siguientes rasgos: egocentrismo, histrionismo, labilidad emocional, pobreza e inautenticidad de los

afectos, erotización de las relaciones sociales, frigidez y dependencia afectiva.

7.-SINDROME NEURASTENICO

La neurastenia ocupó durante mucho tiempo un lugar privilegiado dentro del diagnóstico de la patología mental como sinónimo de "neurosis" o de "debilidad nerviosa". En la actualidad se ha delimitado el sindrome y de acuerdo a la OMS es una forma clínica de las neurosis.

El sindrome se caracteriza de la siguiente manera:

1.- Fatiga como falta de fuerzas físicas y/o intelectuales con sensación de cansancio, agotamiento o debilidad, Se pueden considerar dos tipos de fatiga que pueden estar presentes:

a) fatiga objetiva cuando está en relación a la sobreactividad y que, generalmente, es reversible.

b) fatiga subjetiva cuando sigue a la sobreactividad física, psicosensorial o intelectual prolongadas o a "stresses" agudos o crónicos.

2.-Quejas y síntomas somáticos

a) fácil fatigabilidad
b) hiperestesia sensorial
c) disminución o pérdida del apetito
d) pérdida de peso
e) constipación
f) molestias digestivas
g) disgripnias
h) cefalea
i) evitamiento y/o desinterés sexual

3.-Irritabilidad como facilidad para la expresión de la cólera en forma intensa o no.

La presentación del sindrome neurasténico se comprueba en las neurosis como una acentuación del cansancio y agotamiento que sobrevienen a las personas normales cuando se hallan enfrentadas a tareas agobiantes y conflictivas de la vida diaria, pero en los neuróticos por su baja tolerancia a la frustración, al stress, a la privación y demás características, la neurastenia se convierte en un modo dominante de vida.

En sujetos normales se puede presentar en oportunidades después de excesos de trabajo o ejercicio sin el debido descanso y sueño. Se puede encontrar, también, asociado a una alimentación insuficiente, a un reposo en condiciones inadecuados o a la quiebra de los ritmos del sueño, la convalescencia, el embarazo, la lactancia.

Ligada asimismo a enfermedades infecciosas, estados tóxicos ó consecutivos a sindromes de abstinencia. De otro lado a enfermedades endocrinas, neurológicas como en

la enfermedad de Addison o la Miastenia Gravis respectivamente o a diversas neoplasias.

Desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico en el stress situacional o psíquico agudo o prolongado, en los diversos disturbios neuróticos y, especialmente, en los desórdenes depresivos. También en los psicosindromes orgánico-cerebrales como manifestación facultativa.

8.-SINDROME DE DESPERSONALIZACION

Semiológicamente este sindrome está constituído por la alteración fundamental del YO de un lado y de la afectividad y percepción de otro.

Sindrómicamente se comprueba:

1.-La vivencia despersonalizante
Mengua o pérdida:

a) de la convicción de la propia identidad
b) del sentido de identificación
c) del control del propio cuerpo

2.-La repercusión afectiva

a) sentimientos de irrealidad (personalidad cambiada o mundo exterior irreal).
b) sentimientos desagradables o angustiante (raramente agradable)

3.- Disturbio perceptivo

a) Extrañeza de lo percibido
b) cambio de la percepción del propio cuerpo.

El sujeto se queja de que ya no es él mismo, pero sin ser una persona distinta. La experiencia pierde su connotación emocional, predominando el sentimiento de extrañeza e irrealidad o que éstos se han paralizado. Manifiesta que sus pensamientos y actos se suceden mecánicamente.

En la clínica se presenta en forma de crisis o de estado o período. Puede manifestarse transitoria y esporádicamente en sujetos normales después de un stress o de agotamientos. En patología se encuentra en la histeria, la hipocondría, en los estados obsesivos, la melancolía, la epilepsia y al comienzo de la esquizofrenia. Cuando es el sindrome predominante en las neurosis es considerada como una forma clínica.

SINDROME PSICOTICO BASICO

I. CARACTERISTICAS GENERALES.-

1.-Consulta generalmente, llevado por otra persona. Aveces al comienzo de la enfermedad lo hace a propia iniciativa.

2.-Los síntomas son variados, pero con características especiales de ser insólitos, incomprensibles, extraños.

(salvo en psicosis afectivas)

3.- Los motivos o síntomas encontrados en la consulta no tienen un hondo significado afectivo manifiesto y muchas veces, justamente, falta la repercusión afectiva.

4.- Las manifestaciones observables, muchas veces no requieren de estimulaciones inmediatas o los estímulos no están de acuerdo con los síntomas que se producen. Es decir, que puede no existir una concordancia entre estímulo y respuesta.

5.- Los síntomas representan indicios de que la actividad mental está intensamente perturbada (mente enferma).

6.- En determinadas circunstancias se comprueba (probable) daño cerebral y en otros se vislumbra desórdenes de tipo bioquímico, metabólico, tóxico y otros.

7.- El psicótico no tiene un modo de vida similar a las demás personas y no está insertado en el mundo de éstas. Es decir, hay una ruptura con el sistema de la realidad.

II. APROXIMACION PROPEDEUTICA

1.- Observación: Importancia del comportamiento y de las actitudes.

2.- Filiación: Datos importantes acerca del Yo, por ej.

3.- Antecedentes familiares:

-Medio familiar de la infancia
-Relaciones inter e intrafamiliares
-Enfermedades psicóticas en otros miembros de la familia.

4.- Relato de la enfermedad actual y curso de la vida (biografía)

-No conciencia de enfermedad mental
-Sintomatología extraña, insólita, incomprensible y/o que denota pérdida del control
-Mengua o pérdida de la actividad productiva
-Cambios llamativos de las pautas de la personalidad
-Comportamiento dirigido a objetivos no pragmáticos
-Respuestas emocionales inadecuadas y/o desproporcionadas.
-Desmedro de las funciones intelectuales superiores
-Desorganización mayor o menor de la conducta.

5.- Indispensable un examen psíquico intencionado.

III. APROXIMACION PSICOPATOLOGICA

La psicosis como trastorno psicológico grave que desorganiza la conducta haciéndola inarmónica y no unitaria. La desorganización compromete los sistemas de la información, la acción y la afectividad de tal manera que la vida psíquica pierde la calidad de totalidad coherente y ordenada de acuerdo a objetivos o fines reguladores del comportamiento, traduciéndose asimismo por una interrupción en la constancia y continuidad de la personalidad.

Puede acompañarse o no de alteración de la conciencia que estará en relación a la etiología de la psicosis. (Sindrome de ruina de la configuración).

VI. SUBSTRATO NEUROFISIOLOGICO

A) S.N.C.

1. sistema de vigilancia
2. sistema de activación
3. sistema neuroendocrino
4. sistema bioquímico

B) E.E.G.

1. psicosis funcionales
2. psicosis orgánicas

V. SINTOMATOLOGIA BASICA (Semiología)

1. Ruptura con el sistema de la realidad

a) autismo-delusión
b) trastornos formales del pensamiento
c) pseudopercepciones

2. Desorganización del comportamiento

a) incapacidad del organismo paramantener su integridad.
-mengua o incapacidad para adaptarse a los cambios (rigidez).
-mengua o incapacidad para controlar los propios impulsos

b) incoordinación psicológica por falta de sinergia y sincronismo (respuestas a destiempo y/o inoperantes).

c) intromisión e interpenetración (respuestas distantes).

d) fragmentación o interrupción de las actividades psicológicas.

e) sobreinclusión como pérdida de la capacidad de selección.

f) desimbolización (uso de un mismo símbolo para diferentes objetos).

3. Desocialización por aislamientos, desconfianza, timidez o por pérdida de funciones intelectuales superiores que no permite la interelación adecuada con los demás.

4. Primitivización (regresión) como vuelta a formas de comportamiento ya superados.

VI. SINDROMES TIPOS

A) De acuerdo al daño del S.N.C.

1. Funcionales

-afectivos
-esquizofrénicos

2. Orgánicos

-intoxicaciones
-infecciones
-traumatismos
-trastornos metabólicos, etc.

B) De acuerdo a la respuesta conductual

1. organizados-intigrados
2. desorganizados-desintegrados

VII. DIAGNOSTICO

De los síntomas básicos tener en cuenta especialmente:
-la ruptura con la realidad
-la sintomatología extraña, insólita, incomprensible
-la sintomatología afectiva desproporcionada, prolongada y/o desintegrada.
-la sintomatología de déficit o de liberación de niveles inferiores o primitivos.
-el hallazgo de lesión orgánica, metabólica y/o bioquímica.

VIII. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A) con neurosis
B) con psicopatías

IX. VARIEDADES SINDROMICAS PSICOTICAS

1. SINDROME DE RUINA DE CONFIGURACION (+)

La definición del sindrome implica una deficiente capacidad para dirigir y orientar el acontecer psíquico. Esta deficiencia lleva a una confusión y desorganización con reestructuraciones no siempre adecuadas a la finalidad y a la situación. Indica, además, una fragmentación de la personalidad por la ruptura de los vínculos existentes entre impulsos, tendencias y finalidades que se traduce en una fragmentación, a su vez, de los actos. En resumen es la pérdida de la constancia y continuidad de los procesos psíquicos.

Descriptivamente se pueden considerar las siguientes características:

1. Incoordinación psicológica
2. Interpenetración (intromisión de un tipo de actividad no pertinente en una operación en marcha).
3. Fragmentación de la actividad psicológica (fracaso de la intencionalidad psíquica o frustración del objetivo).

(+) Refundido y modificado de BASH, K.W. (1965) en "Psicopatología General" y de ROTONDO, H. (1973) en "Diccionario.....".

4. Sobreinclusión como inestabilidad de la actividad psíquica con pérdida de la selectividad.

Este sindrome puede presentarse en sujetos normales como una respuesta ante estímulos intensos (stress), en neuróticos en crisis y en las reacciones situacionales y/o primitivas en forma transitoria.

En los sindromes orgánico-cerebrales agudos es la regla ya que la disolución de la conciencia es la característica.

Adquiere valor clínico diagnóstico en la esquizofrenia al presentarse a plena lucidez de conciencia aunque las manifiestaciones del sindrome no precisan ser masivas.

Para BASH y otros este sindrome sería el fenómeno psicopatológico fundamental de la esquizofrenia y a partir del cual se podría explicar la sintomatología de esta enfermedad.

2. SINDROME PARANOIDE

Los fenómenos paranoides alcanzan una amplia y a veces desconcertantes posibilidad. Se observa en una variedad de cuadros clínicos que van desde los grandes sindromes paranoides hasta las condiciones paranoides secundarias a otras varias causas psicógenas u orgánicas. Asimismo el pensamiento paranoide puede presentarse en el individuo normal cuando se ve sometido a las tensiones de la vida.

De acuerdo a SWANSON et al. "el hilo común que atraviesa los fenómenos paranoides básicos es el módulo paranaide del pensamiento". Las características son las siguientes:

1. El pensamiento proyectivo
2. La hostilidad
3. La suspicacia
4. La autoreferencia
5. El pensamiento delusional
6. El miedo a la pérdida de la autonomía
7. Los sentimientos e ideas de grandeza.

Teniendo en cuenta la intensidad de la sintomatología se puede clasificar el sindrome como:

a) Sindrome paranoide leve=personalidad paranoide
b) " " moderado=estado paranoide, paranoia.
c) Sindrome paranoide grave=esquizofrenia paranoide

La esquizofrenia paranoide se caracteriza por pensamiento delusional a contenido persecutorio, de grandiosidad, de autoreferencia; se acompaña de pseudopercepciones, especialmente, de tipo auditivo. Frecuentemente conducta hotil y agresiva, religiosidad e hipocondría. Estos rasgos clínicos van siempre asociados a los síntomas primarios de la esquizofrenia.

Los estados paranoides (paranoia, estado paranoide involutivo y otros estados paranoides) tienen como sintomatología básica el pensamiento delusional a contenido persecuto-

rio o de grandeza, generalmente inmodificable, pero sin alucinaciones; la conducta es generalmente consecuente con la ideación delusional y no suelen existir otras alteraciones del pensamiento ni trastornos afectivos sustanciales.

La personalidad paranoide tiene muchos de los rasgos de la llamada personalidad esquizoide combinados con una notoria hipersensitividad en las relaciones interpersonales.

Se agrega una leve tendencia al pensamiento paranoide que se caracteriza por la suspicacia, envidia, celos y terquedad.

Es una condición crónica que puede ser preludio de una psisis paranoide.

El sindrome paranoide pude acompañar a los orgánico-cerebrales por intoxicaciones, arteriosclerosis, traumatismos encefalocraneanos, entre otros. Asimismo en la demencia senil y en el alcoholismo como formas clínicas bien delimitadas.

3. SINDROME CATATONICO

Descrito por KAHLBAUM en 1874
Puede considerarse como una reacción del S.N. a:
- -infecciones
- -intoxicaciones
- -lesiones vasculares
- -tumores
- -esquizofrenia

CARACTERISTICAS GENERALES O SINDROME PSICOMOTOR

1. Pérdida de la iniciativa motora
2. Tensión muscular o catalepsia
3. Paracinesias (manierismos, estereotipias, impulsiones, patetismo).
4. Estupor
5. Negativismo

CATATONIA ESQUIZOFRENIA

1. Trastornos del comportamiento general

a) Estado de estupor: simple entorpecimiento a bloqueo de movimiento.

b) Negativismo (conducta de rechazo)
-autismo
-oposición
-bloqueo
-rechazo alimentos

c) Sugestibilidad
-obediencia automática

d) Manierismos
-muecas, tics, mohines, gestos ceremoniosos o patéticos.

e) Estereoptipias
-iteracciones anormales

f) Impulsiones

2. Catalepsia
(Plasticidad, rigidez y fijación de actitudes)

3. Trastornos neurológicos y somáticos
-disfunción centros hipotálamo-diencefálicos

a) Alt. sueño
b) Hipercinesias-acinesias
c) Edemas
d) Hipersecreciones
e) Cambios vasomotores

4. Estado psíquico

a) Rasgos esenciales esquizofrénicos
b) Vacuidad motora y discordante
c) Delirio catatónico
(intensidad alucinatoria, experiencias terroríficas, ideas fantásticas).

FORMAS SEMIOLOGICAS

1. EsTUPOR CATATONICO
2. AGITACION CATATONICA
3. CATATONISMO
4. CATATONICA PERIODICA

4. SINDROME MANIACO

CARACTERISTICAS GENERALES

Estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas con liberación desordenada y excesiva de la energía en lo psíquico, motor y neurovegetativo.

FORMA TIPICA: Acceso de manía franca y aguda de la enfermedad maniaco-depresiva.

PRESENTACION:

Más frecuentes: pícnicos entre 20-50 años con antecedentes familiares similares. Factor desencandenante: emoción.

COMIENZO:

-Fase depresiva
-Exaltación emocional
-Síntomas-señal
-Brusco

PERIODO DE ESTADO

1. COMPORTAMIENTO GENERAL

-Porte extravagante y desaliñado
-Facies animadas, alegre o furiosa
-Verborrea (declama, canta, grita,etc.)
-Jovial bromista, familiar
-Hiperactividad

2. EXCITACION PSIQUICA O TAQUIPSIQUIA

a) Aceleración representaciones mentales

b) Asociación de ideas rápida y superficial
c) Distraibilidad de la atención
d) Pseudopercepciones
e) Orientación
f) Memoria (hipermnesia)
g) Imaginación
h) Logorrea y grafomrea
i) Fuga de ideas

3.- EXALTACION DEL HUMOR

a) Expansividad-euforia
b) Hipertimia-optimismo
c) Incapacidad regulación afectiva (irrupciones de tristeza, cólera, agresividad).
d) Excitación erótica

4. EXCITACION PSICOMOTRIZ

a) Hiperactividad
b) Juego

5. TRASTORNOS SOMATICOS

a) Adelgazamiento
b) Trastornos de sueño
c) Trastornos de hambre y sed
d) Hipertermia

FORMAS SEMIOLOGICAS

1. MANIA SIMPLE
2. MANIA DELIRANTE Y ALUCINATORIA
3. MANIA CONFUSA
4. HIPERMANIA (FUROR MANIACO)

ETIOLOGIA

1. Senilidad y presenilidad
2. Toxicidad
3. T.E.C.
4. Enfermedades del diencéfalo y R. Hipotálámica
5. Trastornos endocrinos

5. SINDROME MELANCOLICO

MODELO: Melancolía franca aguda de la Enf. maniacodepresiva.

PRESENTACION: Todas las edades mayor en la involución. Factor desencadenante: Emociones (pérdidas), enfermedades.

COMIENZO: Estado meláncolico se establece lentamente (desgano para el trabajo, desinterés, insomnio, hipoxia).

PERIODO DE ESTADO

1. COMPORTAMIENTO GENERAL

Típico: -Inmovilidad
-Cabeza flexionada hacia adelante
-Palidez

-Máscara de tristeza
-Ojos abiertos
-Mirada fija
-Omega melancólica
-Mutismo (gime o llora

2. INHIBICION Y ABULIA

-Inercia
-Inhibición psíquica (paralisis psíquica)
-Semimutismo o mutismo

3. SENTIMIENTOS DEPRESIVOS

-Tristeza profunda
-Dolor moral
-Anestesia afectiva
-Pesimismo
-Autoacusación
-Hipocondría

4. DESAPEGO A LA VIDA

-Rechazo a alimentos
-Suicidio e intentos (raptus suicida y suicidio colectivo)

5. TRASTORNOS SOMATICOS

a) Digestivos
b) Cardiovasculares
c) Amenorrea
d) Hiporeflexias
e) Hipotonía muscular

FORMAS SEMIOLOGICAS

1. Depresión melancólica simple
2. Melancolía estupurosa
3. Melancolía ansiosa
4. Melancolía delirante
5. Formas monosintomáticas

SINDRME ORGANICO CEREBRAL BASICO

(De acuerdo a las ideas de I. FINKE)

1. DISMINUCION DEL RENDIMIENTO

a) Fatigabilidad desproporcionada al esfuerzo
b) Disminución de la capacidad de concentración
c) Limitación notable de retener largo tiempo nuevas informaciones. (memoria reciente)
d) Confabulaciones (tardías)
e) Desorientación (relativamente tardía)
f) Dificultades de la comprensión
g) Perseveraciones

h) Circunstancionalidad

2. ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD
(afectividad y caracter)

a) Disminución de la tensión vital
b) Disminución de la autocrítica
c) Euforia y disforias
d) Falta de regulación de los afectos
e) Indiferencia afectiva
f) Desorganización de la escala de valores

3. CUADRO ORGANICO

a) Síntomas específicos correspondientes a la enfermedad de base.
b) Amorfia psicomotriz

-desorganización de los moldes motores
-depreciación mímica
-disarmonía global de la escritura, gestos y marcha

c) Déficits neurológicos

-mínimos de especializada identificación
-alteraciones del lenguaje
-agnosiasa
-apraxias
-convulsiones

Este sindrome puede ser la única manifestación patológica mental, -sistema primarios- o puede asociarse a disturbios de tipo psicótico, neurótico o de alteraciones de la personalidad en el sentido del comportamiento. Estas alteraciones asociadas se denominan facultativas.

Desde el punto de vista cuantitativo este sindrome se puede clasificar en leve, moderado o severo, pero la sintomatología básica, generalmente, siempre está presente.

Desde el punto de vista evolutivo se puede subdividir en agudo o crónico de acuerdo a la reversibilidad de la injuria tisular. Y el crónico en difuso (el más frecuente) y circunscrito cuando la lesión cerebral es localizada.

SINDROME ORGANICO CEREBRAL AGUDO

(Reacción de tipo exógeno agudo de Bonhoeffer)

El sindrome es causado por agentes patógenos muy diversos que obran sobre el organismo de modo agudo o al menos subagudo.

Este sindrome representa las respuestas psicopatológicas y somáticas de alteraciones patológicas corporales que surgen de modo rápido y por lo general mas bien masivamente.

Las más diversas enfermedades cerebrales y casi todas las generales e intoxicaciones graves y muchos TEC, producen cuadros psicopatológicos esencialmente análogos como una modalidad inespecífica de responder. Las respuestas, o sea los síntomas, dependen en cada caso mucho menos de la enfermedad somática que básicamente las originan, como de la constitución y hasta cierto punto del modo adquirido de reaccionar el sujeto.

La sintomatología del sindrome orgánico cerebral agudo se puede descomponer de la siguiente manera:

1. Sindrome de Ruina de la Configuración

2. Alteraciones de la conciencia

   a) Tipo estrechamiento
   b) Tipo entorpecimiento
      -embotamiento
      -somnolencia
      -sopor
      -coma
   c) Tipo anublamiento
      -embriaguez
      -estado oniroide
      -delirio
      -estado crepuscular
      -alucinosis
      -confusión

3. Síntomas corporales inespecíficos

   a) Palidez y debilidad general circulatoria
   b) Cuadro hemático tóxico
   c) V de S aumentada
   d) Alteraciones del sueño
   e) Alteraciones de la coordinación y del lenguaje
   f) Convulsiones
   g) Síntomas de irritación del tronco cerebral

4. Síntomas corporales específicos de la enfermedad base

5. Síntomas correspondientes al sindrome psico-orgánico subyacente.

SINDROME ORGANICO CEREBRAL CRONICO

La sintomatología de este sindrome es la que corresponde al sindrome llamado psicorgánico que en su evolución se ha estabilizado hasta llegar, muchas vees, a la destrucción completa de las funciones superiores y de los rasgos y características de la personalidad (vida vegetativa).

La etiología es muy variada y corresponde a todas las enfermedades infecciosas del cerebro o de otra parte del organismo, pero que comprometen la estructura encefálica tales

como las diversas meningitis y encefalitis por ejemplo y el tifus, la corea de sydenham en cuanto a las corporales, por ejemplo. Las diversas intoxicaciones tanto endógenas cuanto exógenas; las neoformaciones. Las enfermedades metabólicas como la arterioesclerosis y los disturbios de variada índole circulatoria. Los T.E.Cs.

Cuando el sindrome cerebral crónico sucede en los primeros años de vida impide el desarrollo neuronal y da como consecuencia la dificiencia mental en sus diferentes grados y tipos. Y si lo hace en edades mayores da como consecuencia la demencia.

SINDROME ORGANICO CEREBRAL CIRCUNSCRITO

Las lesiones cerebrales circunscritas, sean cuales fueren su índole o asiento, presentan ciertas secuelas psíquicas, comunes a todas ellas, aparte de los signos locales.

Esto es válido no solo con respecto a los focos corticales sino asimismo con respecto a las localizaciones focales en la substancia blanca y el tronco cerebral. Estos focos pueden haber sido originados por las causas más diversas tales como: heridas, cicatrices, abcesos, embolias, trombisis, resblandecimientos, gomas o tuberculomas, esclerosis circunscritas y otras afecciones muy diversas.

La sintomatología general común se puede representar así:

1. ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

   a) impulsividad-agresividad
   b) hiperactividad-abulia
   c) disturbios de las necesidades y funciones vitales.
   d) desorganización conductual

2. ALTERACIONES AFECTIVAS

   a) grandes variaciones del humor o del estado de ánimo.
   b) desdiferenciación y primitivización de la vida afectiva.

3. CUADRO ORGANICO

   a) afasias
   b) apraxias
   c) patología de los diversos lóbulos cerebrales
   d) otras secuelas

HISTORIA NATURAL DE LOS DISTURBIOS ORGANICO CEREBRALES

La Evolución de un sindrome orgánico cerebral agudo puede seguir las siguientes vias:

a) se recupera
b) produce la muerte

c) pasa a la cronicidad
d) deja como secuela un S. circunscrito

- No todo disturbio orgánico cerebral se derivada uno agudo. Los hay de comienzo insidioso, lento y progresivo hacia la cronicidad (demencia senil, por ejemplo). Con el circunscrito puede suceder lo mismo.

La gran diferencia, sobre todo pronóstica, entre un síndrome agudo y crónico es la reversibilidad en el primero y la irreversibilidad en el segundo.

SINDROMES ORGANICO CEREBRALES PSICOTICOS

I. SINDROME DE KORSAKOW (+)

En el complejo sintomático amnéstico o de Korsakow existe un grave trastorno de la memoria para las impresiones recientes que puede producirse tanto con conciencia enturbiada cuanto con conciencia clara e inalterada.

Sus características son:

a) intensos trastornos de la capacidad de fijación.
b) desorientación completa temporal y espacial, que se deriva del trastorno anterior o bien una orientación en parte deficiente).
c) confabulaciones, también derivadas del trastorno de fijación.
d) trastorno, de intensidad variable, del impulso, de la comprensión, de la capacidad de crítica y de juicio y del estado de ánimo.

El síndrome de Korsakow se presenta sobre todo en los siguientes casos:

a) después de un intenso abuso crónico de bebidas alcohólicas concentradas. Otras veces por infecciones (incluso que se padezcan una vez) o por intoxicaciones del cerebro, especialmente, por óxido de carbono (también morfina, plomo, cobre, ergotina, barbitúricos crónicamente usados). Con otras palabras; todos aquellos agentes que originan polineuritis, tifoidea por ejemplo.

b) en una forma determinada de la demencia senil que se conoce con el nombre de presbiofrenia. Va asociada a un temepramento muy vivaz.

c) en enfermedades locales de la región parieto-occipital, es decir, junto con trastornos óptico-espaciales.
d) después de contusiones cerebrales
e) después de intentos de ahorcamiento por anoxemia cerebral (estrangulaciones).

(+) Adaptada de E.GRUNTHAL en REICHARDT, M.."Psiquiatría General y Especial" (1965)

f) ocasionalmente en tumores cerebrales, cisticercosis, parálisis progresiva y otras enfermedades orgánicas cerebrales

2. SINDROME DE DELIRIUM TREMENS (+)

La etiología, además, del alcohol que es la más frecuente puede ser más o menos similar al síndrome anterior. Los síntomas fundamentales son:

a) el enturbamiento de la conciencia (obnubilación), onírico, con trastornos de la atención y de la comprensión.

b) la desorientación en el tiempo y en el espacio (falso reconocimiento alucinatorio y óptico-espacial de situaciones y personas).

c) las pseudopercepciones visuales y del sentido de tacto móviles (escenificadas, oníricas) y, con alguna frecuencia del oído.

d) el estado de ánimo oscilante entre la euforia y la angustia.

e) la inquietud motora impetuosa, el impulso a la actividad, el ajetreo, los llamados delirios de ocupación.

f) el temblor.

Siempre existen pseudopercepciones vivaces, sobre todo de naturaleza óptica sometidas a constante movimiento. Muchas veces el enfermo ve innumerables animales pequeños que se mueven (cucarachas, ratones); o bien interpreta las visiones como animales. Perotambién aparecen con imágenes grandes (jinetes, soldados que avanzan, caballos, elefantes); algunas veces estas visiones ostentan formas completamente fantánticas e incluso carecen totalmente de sentido (confusión de distintas especies de animales, en las que la cabeza de un caballo está adosada a un cerdo). El sujeto oye toda clase de ruidos, palabras, llamadas, músicas. En la piel siente que le corren animales y otras muchas sensaciones anormales. Tampoco son raras las sensaciones engañosas en los sentidos muscular y del equilibrio; en cambio son menos frecuentes los trastornos del gusto y del olfato. Muchas veces las pseudopercepciones son además terroríficos, amenazadoras (el enfermo ve fusiles apuntando contra él; el patíbulo donde lo van a decapitar); más frecuentes aun son las pseudopercepciones auditivas amenazadoras (insultos, amenazas). Los delirantes son extremadamente sugestionables con sus pseudopercepciones, sobre todo las visuales.

Trastornos de la esfera vegetativa

Uno de los más importantes es el insomnio,. Como síntoma final del delirium tremens aparece el llamado sueño crítico terminal, extremadamente profundo y duradero (24-48 horas o más), del que los pacientes despiertan, en general, con con

ciencia clara (aunque todavía no suficientemente orientados y muchas veces con los llamados síntomas residuales). Son frecuentes durante el delirium tremens las anomalías de la temperatura (sobre todo hipotermias). A veces llega a los 42 grados antes de la muerte e incluso después de ésta se eleva (origen cerebral o complicaciones infecciosas). El descenso de temperatura (35 grados o menos) es de pronóstico serio. Con frecuencia hay aumento de la secreción sudoral. En un 60% de los enfermos se observa albuminuria.

Duración de dos o seis días. Algunos de diez. Los delirios abortivos duran unos dos días; los prolongados pueden duran semanas (edad avanzada, tuberculosas, mujeres o cuando se ha bebido con gran intensidad; en estos casos los síntomas pueden aparecer solo al llegar la noche, mientras que durante el día existe un estado amnéstésico).

El comienzo mismo como delirio en general suele ser brusco. Otros estadíos prodrómico con hiperirritabilidad óptica y acústica, inquietud psíquica, debilidad, temblor, temerosidad, angustia, trastornos gastrointestinales, sensaciones anormales en brazos y piernas; aparecen pseudopercepciones aisladas, especialmente en la obscuridad y cuando se encuentra solo.

Anatomía patológica: alteración granular difusa de las células nerviosas de la corteza, reversible. A veces en el tronco cerebral.

3. SINDROME DE ALUCINOSIS AGUDA (+)

Está íntimamente relacionada con el delirium tremens y se asocia al desarrollo de un delirio de persecución. Este último surge con motivo de las pseudopercepciones auditivas en un estado de conciencia casi completamente claro. Oye reproches, insultos, comentarios sobre él. Las voces son muu drásticas y claras, con frecuencia critican al enfermo. Por las noches muchas veces se añaden pseudopercepciones visuales en las que representan un papel importante los animales pequeños. Finalmente, a partir de las alucinaciones visuales se desarrollan representaciones delirantes de tipo paranoide, que muchas veces paracen un intento de explicación de lo oído, aunque también pueden adquirir una forma fantástica; de modo pasajero pueden aparecer ideas de grandeza. El estado de ánimo, en general, es una mezcla peculiar de angustia y buen humor, lo mismo que en delirium tremens; la conducta suele ser ordenada,aunque el delirio puede originar conductas patológicas defensivas.

Los signos corporales son escasos. La duración es de una semana, pero las recidivas son frecuentes.

SINDROME PSICOPATICO BASICO

I. CARACTERISTICAS GENERALES

1. No consulta a propia iniciativa. A veces lo hace, pero

por motivos ajenos a su sintomatología fundamental.

2. Los motivos por los cuales es traído o enviado a la consulta están en relación con alteraciones del comportamiento del tipo antisocial o disocial.

3. Las manifestaciones sintomatológicas se presentan de un modo habitual y/o exacerbándose ante determinados estímulos o bajo ciertas circunstancias ambientales.

4. Estos síntomas no implican una enfermedad en el sentido estricto de la palabra ni se comprueba una lesión orgánica o estructural cerebral que los explique.

5. Sus manifestaciones psicopatológicas no significan una ruptura con el sistema de la realidad.

II. APROXIMACION PROPEDEUTICA

1. Observación: la actitud puede no ser excepcional; en oportunidades sin simuladas.
2. Filiación: cambios de nombres, edad, nacionalidad y el uso de alias es frecuente.

3. Antecedentes patológicos: Infecciones e intoxicaciones a la par que T.E.C. tempranos.

4. Antecedentes familiares:

-parientes cercanos con trastornos psicopáticos
-ausencia real o virtual del padre
-carencia afectiva maternal
-hogares desorganizados.

5. Relato de la enfermedad y el curso de la vida (biografía)
-temprana aparición de conductas impulsivas-agresivas.
-tendencia a satisfacer las necesidades y deseos en forma perentoria.
-repetidos actos de conducta antisocial
-mengua o incapacidad para corregir las alteraciones de conducta.
-problemas policiales y/o legales frecuentes
-frecuentes problemas con los demás (agresiones, predaciones).

6. Examen clínico completo que incluya pruebas experimentales.

III. APROXIMACION PSICOPATOLOGICA

La psicopatía como un aprendizaje temprano de conductas agresivo-impulsivas con carencia de repercusión afectiva e incapacidad de modificarlas por la experiencia.

IV. SUBSTRATO NEUROFISIOLOGICO

A) S.N.A.

1. Disminución de la intensidad de las respuestas ante

(+) Op.cit.

estímulos afectivos o situaciones de "stress"

2. Recuperación homeostática rápida (P.A.)
3. Tendencia a responder con agresión ante cualquier estado de tensión.

B) S.N.C.

1. Baja excitación cortical ("arrousal")
2. Lesiones en el área hipotalámica (experimental).
3. Lesiones corticales y de otras áreas
4. E.E.G. anormal

V. SINTOMATOLOGIA BASICA (Semiología)

1. Asociabilidad que se traduce en conflictos con la sociedad.
2. Egocéntrica búsqueda del placer
   - satisfacción inmediata de deseos primarios
   - no restricciones culturales
   - búsqueda de excitación
3. Impulsividad (acciones)
   - carencia de planeamiento
   - guiada por caprichos
4. Agresividad
   - formas no socializadas
   - bajo umbral a la frustración
5. Incapacidad para aprender por la experiencia.

6. C.I. Normal o Sup.
7. Atractivo personal

VI. SINDROMES DIVERSOS

A) De acuerdo a la etiología
1. Hereditario
2. Neurofisiológico
3. Ambiental

B) De acuerdo a características generales
1. Agresivos-predadores y pasivo-parasitarios (Karpman).
2. Simples y completas (Arieti)
3. Rasgos dominantes de conducta (Schneider)

VI DIAGNOSTICO

A) Ausencia de sintomatología neurótica o psicótica
B) Síntomas cardinales
- capacidad desviada de amar
- incapacidad o mengua de sentir culpa o angustia
- no aprendizaje por la experiencia

OTROS SINDROMES FRECUENTES

1. SINDROME DE AGITACION

El concepto se refiere al aumento patológico de la actividad psíquica y motriz . Esta actividad puede ser más o menos organizada o francamente desorganizada.

El aumento patológico de la actividad tiene los siguientes grados:

a) Inquietud: ligero aumento de la actividad motriz que puede estar acompañado o no de hiperactividad mental como se presenta en la llamada inquietud ansiosa.

b) Exaltación: cuando un grado menor de actividad motriz se acompaña de síntomas psíquicas como euforia, ideas megalomanínicas y pensamiento ideofugal como suele verse en hipomanía.

c) Agitación: propiamente dicha cuando existe una hiperactividad tanto motriz cuanto psíquica mucho mayor que las anteriores y que obliga al empleo de medios de contención

b) Furor: que es el grado extremo de la agitación con tendencias destructivas o agresivas.

Aunque la etiología del sindrome es muy variada, desde el punto de vista clínico se pueden considerar los siguientes:

a) Agitación catatónica que puede sobrevenir después de un estado de estupor. Se presenta bruscamente y está caracterizada por actos incoordinados, violentos, repetitivos e inconsecuentes entre ellos mismos que el paciente los realiza sin fin premeditado. Los actos resultantes son peligrosos para el paciente y para los demás. Su duración es variable de días a semanas. Cuando es de etiología esquizofrénica se acompaña de los síntomas fundamentales de esta enfermedad.

b) Agitación delusional está constituída por un tipo destructivo, agresivo o defensivo. Conducta que la realiza sobre los objetos y personas que rodean al paciente, pero en estrecha relación con la interpretación errónea que el enfermo hace de la realidad circundante. La violencia del sindrome está en relación al contenido delusional de daño o de persecución y la organización conductual al grado de claridad de la conciencia. Generalmente se presenta en forma de crisis.

c) Agitación ansiosa se caracteriza por los actos repetitivos, especialmente de traslación u otros movimientos del cuerpo y sin actuar sobre los objetos o personas que lo rodean. Esta actividad improductiva la refiere el sujeto a su intranquilidad interior.

Este sindrome tiene algunas características especiales en las psicosis tóxicas y sintomáticas, en la epilepsia y la histeria en que la agitación se muestra por episodios dominandos por una tendencia precisa: fuga con terror, agresividad, erotismo, etc.

2. SINDROME ESTUPUROSO

El concepto de estupor se refiere a la ausencia patológica de movimientos (inmovilidad patológica) sin respuesta a los estímulos habituales y acompañados o no de alteraciones del tono muscular. Su duración es variable entre horas, días o semanas. Un grado menor de estupor se denomina inhibición.

Aquí como en la agitación la etiología es muy variada, pero clínicamente se pueden considerar los siguientes:

a) Estupor orgánico por encefalitis, tumor cerebral u otra condición corresponde a un verdadero apagamiento de toda la actividad psíquica amén de las correspondientes manifestaciones neurológicas.

b) Estupor disociativo (histérico) llamado, también, psicógeno o estado cataléptico. Se caracteriza en que junto con la inmovilidad patológica no se encuentra resistencia negativista ni hipertònias musculares. Cuando más una ligera hipotanía. Si se le impone una posición forzada o incómoda, no la mantiene largo rato, tomando espontáneamente otra más habitual. Generalmente permanecen con los ojos cerrados. La expresión facial de indiferente placidez y conformidad o de asombro y extrañeza, pero no de temor. Existe mutismo.

c) Estupor melancólico caracterizado por la facies de profunda tristeza, mutismo completo y aunque la inmovilidad es extrema, habitualmente se levantan para realizar sus necesidades elementales. El rechazo a la ingestión de alimentos, es también, completo. Su comienzo nunca es súbito sino que se instala después de un período más o menos prolongado en un paciente que ha tenido un estado depresivo.

d). Estupor maníaco llega a la inmovilidad consecutiva a una fase de hiperactividad o de agitación. Se distingue la variabilidad de los estados afectivos por los que atraviesa el sujeto aunque de manera fugaz en su expresión facial. Otras veces por los movimientos oculares y/o los intentos de hablar. (Fuga de ideas puramente psíquica)

e) Estupor catatónico es el estupor por excelencia. La actividad motora presenta grados diversos que van desde el empobrecimiento y lentificación hasta la pérdida total de ellos. En los grados más marcados se acompaña habitualmente de hipertonía muscular o de pseudoflexibilitas cérea. Las manifestaciones verbales espontáneas son escasas y lacónicas o faltan por completo. El discurso reactivo tiene las mismas

características, pero por la expresión facial se aprecia que ha comprendido el lenguaje del interlocutor. En otras circunstancias la facies del estuporoso puede denotar más bien un ánimo placentero indiferente y al mismo tiempo de comprensión pasiva de los acontecimientos que se producen a su alrededor. Otras veces concuerdan con los contenidos alucinatorios y delusionales, especialmente, si el estupor es de origen esquizofrénico.

Este estupor tiene gradual creciente, desarrollándose con bastante rapidez (días o semanas). Su duración puede ser hasta de meses. La recuperación es también gradual aunque un poco más rápida. Otras veces el curso es oscilante con períodos alternantes de exacerbación y disminución de síntomas. Otras veces en plena fase estupurosa profunda aparecen cortos periodos, casi siempre nocturnos, que duran minutos u horas, en el curso de los cuales aminoran y hasta desaparecen los síntomas. Luego vuelve a la fase estupurosa profunda.